

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
Programa de Pós-Graduação em Administração - PPGA
Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão em Saúde**

**A IMPLANTAÇÃO E EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO CONTEXTO DO SUS.**

Nome do Aluno: Carlitos Kurdt Fuchs

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre, RS, outubro de 2006

CARLITOS KURDT FUCHS

**A IMPLANTAÇÃO E EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO CONTEXTO DO SUS.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como cumprimento parcial das exigências para a obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre, RS, outubro de 2006

AGRADECIMENTOS

Aos concidadãos, homens e mulheres, que, com determinação, denodo e firmeza se engajam na construção do SUS e aos que, no Ministério da Saúde, percebendo a importância da capacitação dos servidores, decidiram proporcionar-nos a oportunidade de atualizar, aprofundar e enriquecer os conhecimentos com vistas ao desenvolvimento das competências requeridas tanto para a vida pessoal quanto para o desempenho das atribuições profissionais;

À Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, pela indicação e apoio;

Aos colegas, pelas experiências e aprendizagens que compartilhamos;

A toda a equipe de professores e professoras do Curso, pelos intensos desafios que nos propuseram nos planos cognitivo e prático;

Ao professor Ronaldo Bordin, pela orientação;

À Ivi, companheira e assistente social há anos engajada na atenção universal, integral e humanizada na saúde pública, e ao Daniel, graduando em medicina na UFRGS, pela compreensão e apoio.

SUMÁRIO

ABSTRACT.....	5
INTRODUÇÃO	6
1 – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	8
1.1 – Antecedentes do SUS	8
2.2 – SUS, diretrizes e princípios e programas	10
2 - ELEMENTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA	15
2.1 – Descentralização	21
3 – IMPLANTAÇÃO E EXPANSÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	26
4 – IMPLEMENTAÇÃO E REVISÃO DAS NORMAS E DIRETRIZES DO PSF	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
BIBLIOGRAFIA	45

ABSTRACT

A construção do Sistema Único de Saúde capaz de atender a todos os cidadãos e cidadãs vem sendo um desafio para o qual muitas pessoas se engajaram. O foco deste trabalho é essa construção enquanto política pública reivindicada em meio a amplas mobilizações sociais pela democratização do país, inscrita na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde e em implementação desde o início da década de 1990. Nesse período, além dos atores identificados com o movimento da reforma sanitária, decisores políticos e agências internacionais influenciaram a normatização e operacionalização do sistema. A implantação e expansão da estratégia saúde da família, tendo como marco inicial os municípios de maior pobreza e alcançando as regiões metropolitanas, além dos modelos de gestão e de atenção à saúde, coloca a necessidade de retomar a análise dos princípios que orientam o SUS. Expansão e estruturação da rede de atendimento, qualidade da atenção prestada aos usuários e aos cuidadores, integralidade, intersetorialidade, descentralização, capacitação e gestão do trabalho, regionalização, hierarquização são temáticas centrais para análise com vistas à definição dos rumos do sistema na conjuntura atual. Descentralização e PSF dois são enfocados no contexto das políticas públicas.

Palavras-chave: Gestão pública em saúde, políticas públicas e saúde, modelos de atenção à saúde, estratégia saúde da família.

INTRODUÇÃO

A construção de um sistema público de atenção universal, integral e humanizado mobilizou milhares de brasileiros ao longo de anos. No final dos anos-80, essa transformação social foi inscrita na Constituição Federal, depois nas Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais. Foi criada a Lei Orgânica da Saúde. As resistências se impuseram na utilização de terminologias e redações que depois revelaram-se ambíguas. A delegação de substanciais autonomias decisórias associada à criação e mobilização de mecanismos gerenciais e administrativos permitem a criação de estratégias discursivas através das quais interesses divergentes ou contrários ao que fora pactuado passem a ter, não apenas trânsito, mas influenciem na organização e funcionamento do SUS.

Tendo participado, durante dois períodos intercalados, do Conselho Municipal de Saúde de São Leopoldo, do Conselho Gestor de um Termo de Ajustamento de Conduta da Fundação Hospital Centenário e participando do movimento comunitário leopoldense, tenho ouvido muitos relatos de experiências nada edificantes e, muito menos, promotoras de vida, ao mesmo tempo em que de outros ouço elogios a respeito do Programa Saúde da Família. Assim, há tempos passei a cultivar a suspeita de que quando as virtudes são demasiadas algo pode não estar sendo percebido.

Assim, na busca de compreender melhor o referido programa alçado à condição de estratégia e de, sendo o caso, contribuir para a superação de restrições a fim de que a vida e o bem-estar sejam o horizonte das ações e serviços proporcionados no SUS.

A criação de políticas públicas, além de revelar a capacidade da sociedade de encontrar soluções para os problemas enfrentados, gera também expectativas. As necessidades, por serem muitas, amplas e mutáveis, precisam ser analisadas e

priorizadas tendo em consideração os recursos existentes e/ou possíveis para o atendimento, os espaços, as relações sociais que os diferentes segmentos estabelecem entre si e no campo do poder (BOURDIEU, 1992, p. 98), as condições e disposições dos atores envolvidos (SOUZA, 1984).

Assim, além dos referenciais trazidos ao longo do trabalho, deve-se aqui também referir o trabalho de Duarte de Souza ROSA FILHO e Maria Ceci Araújo MISOCKY (2006), pois a compreensão do contexto, inclusive teórico, como assinalam Edgar MORIN e Brigitte KERN (1995) nos será fundamental para a atuação cidadã na construção da atenção à saúde e o cuidado com a vida.

1 – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Ao considerar as políticas públicas de saúde como instrumentos de intervenção do governo no setor saúde com vistas a alcançar determinados objetivos e ao situá-las historicamente, poder-se-á perceber que, no Brasil, elas começam a ser criadas e desenvolvidas na década de 1930 e que suas características e funções primordiais estão profundamente imbricadas.

1.1 – Antecedentes do SUS

Tendo presente que há vasta bibliografia registrando a história da atenção dedicada à saúde pública, aqui apenas trazemos alguns elementos importantes para a análise e compreensão do cenário em que se insere o objeto deste trabalho.

As questões sociais, entre elas a da saúde, começaram a receber atenção crescentemente estruturada e institucionalizada no contexto dos anos-30 com a função primordial de assegurar condições favoráveis ao processo de desenvolvimento urbano-industrial. Assim, centralização decisória, política, administrativa e financeira no governo federal são características herdadas daquele período que perduram até fins da década de 1970. A partir daí, em meio às mobilizações pela democratização da sociedade brasileira e com as contribuições do movimento pela reforma sanitária, começaram intensos debates a respeito das condições de saúde da população e das políticas de saúde vigentes.

Nessa época, o acesso às ações e serviços públicos de saúde, prestados através do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), era facultado

aos trabalhadores (art. 165, XV, da Constituição Federal de 1967) que tinham seus contratos de trabalho registrados na Carteira de Trabalho e Previdência Social, contribuía compulsoriamente para o Instituto Nacional de Previdência Social e havia cumprido os prazos legais estipulados para carência. Assim, enquanto a assistência à maternidade dependia de lei especial (art. 176, § 4º, da CF 1967), ainda que o Título III, Da Ordem Econômica e Social, art. 160, *caput*, contivesse referência expressa à justiça social, aos desempregados e aos que não tinham registros formais de vínculos de vínculos trabalhistas e de contribuição ao INPS restavam soluções individuais e/ou familiares ou procura por socorro junto a instituições religiosas como as Santas Casas de Misericórdia.

Ou seja, num contexto de intenso processo de urbanização, crescimento econômico concentrador de renda e empobrecimento de significativas parcelas da população¹, o acesso à atenção pública da saúde era restrito aos inseridos no sistema produtivo formal.

Ainda há que referir as grandes transformações em curso na ordem internacional. A reorganização dos processos produtivos e a chamada revolução tecnológica (informática, comunicação, robótica, biotecnologia, etc) tiveram rápido e profundo impacto na vida social e ideológico-cultural nos países centrais e também repercutiram na sociedade brasileira.

A construção de um sistema público e único, de acesso universal, igualitário, operacionalizado através da organização de ações e serviços em rede descentralizada e hierarquizada, gerida com controle social passou a ser debatida, construída e defendida em diferentes espaços por com a participação de um grande número de atores sociais (comunidades eclesiais de base, sindicatos, associações de moradores, profissionais de saúde, estudantes, professores, dirigentes de escolas de formação na área da saúde, intelectuais, parlamentares, entre outros). Esse movimento conhecido como Movimento

¹ Entre inúmeras pesquisas e estudos desse período citamos D. Paulo Evaristo ARNS (apres.), **São Paulo 1975, crescimento e pobreza**, São Paulo, Loyola, s.d. (1976).

Sanitário foi protagonista das definições da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marco da construção do Sistema Único de Saúde consubstanciada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde.

A compreensão mais ampla desse processo construtivo requer a referência os avanços das pesquisas e debates em diversas áreas do conhecimento. Embora estejamos acostumados a associar as conquistas no campo da saúde a determinadas áreas, é ao campo que precisamos referenciá-las, ainda que sua construção tenha se processado fundamentalmente numa área específica.

Ainda há que referir as Conferências Mundiais de Promoção da Saúde (Alma-Ata, 1978; Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Santa Fé de Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; Cidade do México, 2000), além dos cursos e congressos, que foram palco de debates e definições que acabaram sendo incorporadas no decorrer do processo de construção das regras e princípios básicos do SUS.

2.2 – SUS, diretrizes e princípios e programas

No contexto das amplas mobilizações dos anos-80 e de “abertura democrática”, os(as) deputados(as) constituintes incluíram a saúde como um direito social nas disposições da Constituição Federal de 1988.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As diretrizes de organização estão expressas no art. 198.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

A lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, cria o Sistema Único de Saúde, dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Os princípios que orientam as ações e serviços de saúde estão dispostos no artigo 7º dessa lei.

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Os artigos do projeto de lei que dispunham sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências e foram vetados pelo chefe do Poder Executivo são objeto e teor da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

As disposições citadas parecem, por si mesmas, apontar para um novo sistema público de saúde no País a ser construído a fim de não apenas superar as restrições de acesso até então existentes, mas universalizá-lo nas quatro dimensões apontadas por Fekete (1997): acessibilidade geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica.

O compromisso público com o atendimento completo das necessidades de saúde das pessoas individual e coletivamente é expresso com o princípio da integralidade. Este é complementado com a associação ao princípio da equidade, assegurando o direito à assistência para uma mesma necessidade, independentemente de qualquer condição. Está proposta, portanto, a ruptura com concepções de assistência que reduzem a atenção a padrões de limitado alcance, baixa densidade tecnológica e de pouca efetividade na resolução dos problemas das populações. Implícita está a expansão e qualificação da atenção à saúde.

O custeio das ações e serviços do SUS, segundo o princípio da gratuidade, há de ser feito através de recursos públicos. A prestação de forma regionalizada e

hierarquizada, além de redistribuir e ampliar as responsabilidades das três esferas de governo, traz embutidas a racionalização da oferta e dos custos em consonância com a demanda da população e uma proposta de gestão e operacionalização da implantação do sistema.

O princípio da participação da comunidade remete para a transformação de concepções e práticas caracterizadamente top-down, isto é, verticalistas, excludentes e autoritárias, definidas, de cima para baixo, em gabinetes talvez sem levar na devida consideração as necessidades das populações a serem atendidas. Elas, a partir de processos de *empowerment*² das comunidades haverão de encontrar-se com concepções e práticas botton-up para dialogicamente, segundo Paulo Freire, reinventar o poder, uma vez que a simples substituição de atores no poder não tem o condão de alterar-lhe as características.

A reorganização das ações e serviços de atenção à saúde com vistas à efetivação dos princípios e as diretrizes proclamadas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde atualiza os dilemas em torno dos papéis que cabem ao Estado, ao mercado e à sociedade. A aspiração por uma profunda reforma do sistema de saúde colide com interesses localizados no setor privado e na administração do setor público, seja porque os volumes de recursos de financiamento das políticas públicas passariam a ser definidos e realocados segundo novos critérios, seja porque as atribuições e competências dos agentes públicos estarão sujeitas a redefinições, seja porque novos

² O termo “empoderamento” não está registrado nos dicionários Aurélio Buarque de Holanda FERREIRA (1975) e Antônio HOUAIS (2001). Aqui é utilizado para designar o processo de fazer-se poderoso ou forte, de munir-se de poder ou forças. Segundo registram Jorge O. ROMANO e Marta ANTUNES (2002, p.5), a noção de empoderamento começa a ser utilizada na década de 70, com os movimentos sociais e, posteriormente, passa a permear as práticas das ONGs. Nos últimos anos, o conceito e a abordagem foram gradualmente apropriados pelas agências de cooperação e organizações financeiras multilaterais. Nesta apropriação o conceito e a abordagem sofreram um processo de despolitização – ou pasteurização – ao ser enfatizada sua dimensão instrumental e metodológica. Assim, junto com conceitos como capital social e capacidades, o empoderamento passa a ser um termo em disputa no campo ideológico de desenvolvimento.” ROMANO (2002, p. 9) também assinala que “O empoderamento é uma dentre as categorias e/ou abordagens – como, por exemplo, participação, descentralização, capital social, abordagem de direitos (rights-based approach) – que de forma explícita ou implícita está inserida no debate ideológico em torno do desenvolvimento. Este debate tem sido polarizado nos últimos tempos entre os defensores de uma globalização regida pelo mercado (ou, dito de outra forma, pelo império, pelo Consenso de Washington, pelo neoliberalismo) e os críticos que defendem que “a construção de um outro mundo é possível.”

atores entram em cena³ visando participar na gestão e no controle das três esferas de governo.

Os pesos dos diversos interesses e forças sociais em jogo são fundamentais na dinâmica dos processos de definição e de implementação da reforma proposta. “Há medidas que são aprovadas e sua execução é bloqueada, ou pela burocracia ou através do poder de veto do grupo afetado pela medida”, assinala Teixeira (1995, p. 130), exemplificando com “a proposta de Reforma Sanitária que surge de um movimento da sociedade com capacidade de formular uma política social desta natureza, mas incapaz de garantir sua implementação.”

Resistências, vetos e modificações substanciais na proposta de SUS podem vir de diversos interesses presentes tanto na sociedade quanto no Estado. Situa-las no contexto da crise e proposta de reforma no aparelho de Estado parece ser fundamental para compreender a evolução dos acontecimentos na área da saúde.

³ A respeito da emergência, nas décadas de 1970 e 1980, de novos padrões de práticas coletivas, veja-se Eder SADER, **Quando novos personagens entram em cena**, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

2 - ELEMENTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA

Como política setorial, a saúde será relacionada ao Estado e suas transformações. No entanto, evitar-se-á uma excessiva concentração na perspectiva analítica *top-down*⁴, que enfatiza governos e decisores como responsáveis pela elaboração política. Considerar-se-á os implementadores, demais atores e as condições de implementação num ensaio de aproximação a análises de modelo *bottom-up*.

Os seres humanos caracterizam-se pela capacidade praticamente infinita de inventar, criar e colocar em prática, modos de vida e formas de organização com vistas ao atendimento das múltiplas e dinâmicas necessidades. Dentre elas nos ocupamos com a saúde. Esses modos de operar, tal como seus protagonistas, não pairam no ar. Estão localizados no tempo e no espaço. Têm seu *sitz in leben*. Não são operados ao livre arbítrio, mas condicionadas pelas condições históricas herdadas, criadas (produzidas) e vivenciadas socialmente (MARX, 1979, p. 36-37). Assim, conhecer e compreender as práticas de atenção à saúde, enquanto cuidado com a vida, pressupõe contextualizá-las, reconhecendo suas relações, conexões e padrões de interconexões. Indo além do paradigma cartesiano, percebê-las, com as devidas mediações, num acordo com o paradigma da ecologia profunda (CAPRA, 2001, p. 25-26). Isolar-las do conjunto daquelas condições resulta num rompimento das ligações e intercomunicações que lhe imprimem a dinamicidade do mundo de que participam, suscitando a pergunta pela capacidade de o conhecimento teórico⁵ gerado contribuir para tornar inteligível a realidade, ativar a

⁴ Entre outros, nos referenciamos nas análises de autores como: ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 51, 2003; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 59, 2005; FREY, Klaus. Políticas públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. In: **Revista Planejamento e Políticas Públicas**. IPEA, nº 21, 2000; LIMA, Luciana Leite. **Gestão da política de saúde no município: A questão da autonomia**. Porto Alegre, UFRGS, 2005. Dissertação de Mestrado em Sociologia; e, SOUZA, Celina. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 51, 2003.

⁵ Milton Santos assinalou que "a teoria é uma produção social datada, o que significa que as grandes mudanças históricas ferem mortalmente os conceitos vigentes. Por conseguinte, quando uma época se

imaginação e vislumbrar futuros possíveis mediante a participação nos processos de transformação. Conforme observa Claude Bastien (apud MORIN & KERN, 1995, p. 159) “a contextualização é uma condição essencial da eficácia (do funcionamento cognitivo)”. Mas não basta compor o todo, pois este é mais do que a soma das partes⁶ e dele participamos, pois, ao construí-lo, nos construímos social e historicamente. Morin & Kern (1995, p. 160) nos ensinam que “é preciso mobilizar o todo”. E, na medida em que o contexto, cada vez mais, é o próprio mundo, é neste que tudo, sujeito e objeto, precisa ser situado. “O conhecimento do mundo enquanto mundo torna-se necessidade ao mesmo tempo intelectual e vital.” (MORIN & KERN, p.160).

O conhecimento do mundo passa pela compreensão de que a realidade deste está em constante mudança. A realidade de hoje é uma construção que, sendo resultado de uma pretérita escolha entre os então futuros possíveis, aboliu uma parte da realidade de ontem e também será em parte abolida pela realidade de amanhã⁷. Ela é uma síntese provisória de múltiplas e simultâneas co-determinações ou co-condicionamentos, que precisam ser identificadas para se poder diferenciar as indeterminações das "coerções coagentes", intransponíveis, cuja presença obriga a suspender ou descartar certas possibilidades sub-ótimas. Dito de outra forma, o conhecimento do mundo não permite ficar nas evidências primárias. É necessário ultrapassá-las para chegar aos problemas de "segunda evidência", às suas raízes, mesmo porque fatos e acontecimentos⁸, ou partes deles, podem estar sendo estrategicamente ocultados por outros, talvez com o propósito

afirma como um período, acaba exigindo uma reforma não só de conceitos, mas do modo de produção dos conceitos.” Santos apud SEABRA, 2000, p. 41)

⁶ Conforme Fritjof Capra, no âmbito da física, assim se expressou a respeito das relações e interconexões entre as partes e o todo: “Acreditamos que as propriedades das partes só podem ser plenamente entendidas pela dinâmica do todo. O todo é coisa fundamental e, uma vez compreendida a sua dinâmica, pode-se então inferir, pelo menos em princípio, as propriedades e os padrões de interações das partes. ... Os físicos começam a perceber que a natureza, no nível atômico, não se apresenta como um universo mecânico composto de blocos de construção fundamentais, mas, sim, como uma rede de relações, e que, em última instâncias, não há quaisquer partes nessa teia de interconexões. O que quer que chamemos de parte é meramente um padrão que possui alguma estabilidade e, portanto, capta a nossa atenção”. (Capra apud SOETHE, 2003, p. 23)

⁷ Convém assinalar que ao dizê-lo desta forma não pretendo me associar a uma certa pobreza de perspectiva que supõe que os problemas residuais do passado e do presente serão inexoravelmente resolvidos com o progresso. Veja-se neste sentido a introdução de José de Souza MARTINS ao seu livro *O poder do atraso*.

⁸ A respeito da distinção entre fatos e acontecimentos veja-se SOUZA, Herbert José, *Como se faz análise de conjuntura*.

de desviar as atenções para viabilizar operações que de outra forma seriam inviáveis. Ora, sendo múltiplas as co-determinações ou co-condicionamentos e multiformes as mudanças do mundo, a sua descrição e reconstrução teórica, como ato segundo, há de ser tarefa empreendida, na perspectiva de Milton Santos (1999, p.32-39), interdisciplinarmente⁹, ou, superando o sistema de disciplinas e apoiando-se na perspectiva expressa por Bob Hodge (apud MISOCZKY, 2002, p. 12), transdisciplinarmente¹⁰, sob pena de não alcançar a inteligibilidade necessária para dar suporte à atuação consciente e coerente, seja no sentido da sua conservação¹¹, seja no sentido da sua transformação. Coerente com a complexidade e o caráter mutante da realidade objetiva e subjetiva, é indispensável uma postura e atitude de constante aferição da elaboração teórica sob pena de lhe escapar a possibilidade de apreendê-la. Além disso, cabe lembrar que as "teorias são um produto incessante da prática científica,

⁹ Aqui convém lembrar Milton SANTOS, *Entrevista*, p. 34, quando em entrevista concedida a José Corrêa Leite, afirma que "a interdisciplinaridade não se produz a partir das disciplinas. Ela se produz a partir das metadisciplinas. Eu converso com os outros colegas a partir da minha filosofia e da deles. Mas não da minha disciplina. Se eles não tiverem a filosofia, se eles não forem capazes de produzi-la, não há possibilidade de diálogo". Em outra entrevista em que disciplinas de metadisciplinas, Santos apud SEABRA, CARVALHO, LEITE (2000, p. 90) destaca que "Este (o trabalho interdisciplinar) não é o resultado de trabalhar juntos, mas da possibilidade de um discurso intercambiável, com a fertilização mútua dos conceitos que, apesar dos jargões respectivos, não são impenetráveis. ... A metadisciplina é a filosofia particular a cada disciplina que lhe permite conversar com as outras."

¹⁰ Maria Ceci Araújo Misoczky encontrou em Bob Hodge suporte para empreender a transposição dos limites do sistema disciplinar, destacando: "Podemos representar a imagem ideal de uma organização disciplinar do conhecimento como um conjunto de elipses de luz, com um foco intenso no centro, com áreas escuras (em que monstros vivem e se reproduzem) em torno de limites dessas elipses. Nesse esquema, o inesperado pode ser procurado, em primeiro lugar, nos limites entre as disciplinas. Na ordem disciplinar estável isso vai ser a interdisciplinariedade (sic), o espaço preciso das fronteiras entre duas disciplinas. Em tais casos, a interdisciplinariedade (sic) é um modo de confirmar a estrutura de conhecimento existente, porque se encaixa e, assim, reforça os espaços entre as disciplinas. Nesse estado estável, a interdisciplinariedade (sic) é sempre provisória e oportunística, um ataque circunscrito na escuridão do espaço extradisciplinar (sic) de modo a trazer de volta os monstros cuja origem, fora da disciplinariedade (sic), pode, então, ser esquecida. (...) O que parece separado por zonas escuras pode ser sobreposto, colapsado para formar uma nova disciplina ou, nos termos da antiga estrutura disciplinar, uma formação transdisciplinar. Formações transdisciplinares diferem das ligações inter e multidisciplinares porque não estão localizadas nos espaços limítrofes, mas possuem uma nova densidade, potencialmente explosiva, que desestabiliza a estrutura básica centro-periferia das disciplinas previamente existentes." (Hodge apud MISOCZKY, 2002, p. 12-13).

¹¹ A acomodação, a passividade e imobilidade são incompatíveis com a conservação de uma determinada situação ou condição. A atividade do pensamento conservador pode ser percebida nos diversos campos da ciência. O sociólogo português Boaventura de SOUZA SANTOS (1996, p. 16-33) faz referência aos esforços da burguesia em produzir uma teoria da história orientada para a conservação dos seus interesses. Tomaz Tadeu da SILVA (1996, p. 167-188) se reporta aos esforços das elites em criarem novas e de resignificar antigas categorias lingüísticas como estratégias para apoiar o seu projeto político. Enfim, "o pensamento conservador não é imobilista, como vulgarmente se supõe. Ao contrário, o pensamento conservador se tornou ativo e transformador, na Europa, quando a sociedade tradicional foi posta em confronto com os efeitos socialmente desagregadores do progresso e da modernização." José de Souza MARTINS, *O poder do atraso*, p. 15.

portanto sempre inconclusas e forçosamente dotadas de um interesse variável, segundo o ângulo pelo qual se problematiza a realidade"¹².

A realidade sanitária atual é simultaneamente resultado e ponto de partida do processo histórico de intervenção humana no mundo visando atender suas necessidades e desejos. Esse processo, tal como seu resultado, traz as marcas da conflitualidade estabelecida pelo conjunto dos seus agentes e do meio. Dito de outro modo, a forma como os seres humanos em presença constroem a atenção e os cuidados com a saúde, a realidade não depende apenas de suas vontades individuais ou coletivas. Ela também é condicionada pelas condições em que vivem, pelas relações que tecem e pelas que herdaram, tais como as estruturas materiais e simbólicas, as instituições, as tradições, os valores e princípios. Estas condicionantes tendem a ser percebidas como constituindo um conjunto de estruturas operantes, à primeira vista, emancipadas das vontades individuais e que limitam o alcance das escolhas efetivamente abertas aos homens e mulheres. Por isto, a pretensão de querer alcançar a inteligibilidade do processo e/ou do seu resultado necessariamente há de considerar e combinar tanto atores, isto é, os sujeitos, quanto as determinações estruturais que demarcam as possibilidades da vida no presente.

Com essa compreensão nos aproximamos da percepção de que a convivência humana implica na criação de acordos com regras definindo direitos e deveres. Enquanto em Aristóteles encontramos a noção de Estado como resultado da sociabilidade humana, em Hobbes encontramos a de contrato social criado como regulador das relações entre os homens, distinguindo a vontade individual da vontade geral e o interesse particular do bem comum. Igualmente Estado, natureza e sociedade são separados. Conforme Boaventura de Sousa Santos (apud ANDRADE, 2004, p. 5),

(a) modernidade do Estado constitucional do século XIX é caracterizada pela sua organização formal, unidade interna e soberania absoluta num sistema de estados e, principalmente, pelo seu sistema jurídico unificado e centralizado, convertido em linguagem universal por meio da qual o Estado comunica com sociedade civil. Esta, ao contrário do Estado, é concebida

¹² GAIGER, Luiz Inácio, *Por uma sociologia dialógica*, p. 28.

como domínio da vida econômica, das relações sociais espontâneas orientadas pelos interesses privados e particulares.

Também conforme Santos (1995, p. 77),

o projeto sócio-cultural da modernidade é um projeto muito rico, capaz de infinitas possibilidades e, como tal, muito complexo e sujeito a desenvolvimentos contraditórios. Assenta em dois pilares fundamentais, o pilar da regulação e o pilar da emancipação. São pilares, eles próprios, complexos, cada um constituído por três princípios. O pilar da regulação é constituído pelo princípio do Estado ...; pelo princípio do mercado, ...;e pelo princípio da comunidade... Por sua vez, o pilar da emancipação é constituído por três lógicas de racionalidade: a racionalidade estético-expressiva da arte e da literatura; a racionalidade moral-prática da ética e do direito; e a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da técnica.

Inserindo a dinâmica das relações entre Estado, mercado e sociedade numa perspectiva histórica, Jackeline Amantino de ANDRADE (2004, p.6) percebeu a sociedade como formadora de opinião diante do Estado, no século XVIII; o Estado liberal capitalista se efetivando, no século XIX; e o Estado como centro organizador, coordenador e regulador da sociedade e do mercado na procura do bem comum, no século XX.

No final do século XX, com as transformações técnico-científico informacionais¹³ e o desenvolvimento das contradições acima referidas, acentuam-se as dificuldades e o Estado moderno passa por profundos questionamentos e redefinições. Essa crise do Estado no Brasil, conforme analisa Francisco de Oliveira (1999, p. 69-71), pode ser vista como decorrência de vigorosos movimentos e questionamentos da sociedade civil e como

¹³ A respeito, entre outros, veja-se Milton SANTOS, **Técnica, espaço tempo. Globalização e meio técnico-científico informacional**. São Paulo, Hucitec, 1994, e Paulo Gilberto Fagundes VIZENTINI, **A grande crise. A nova (des)ordem internacional dos anos 80 aos 90**. Petrópolis, Vozes, 1992.

esgotamento (liquidação financeira) das possibilidades dos fundos públicos continuarem sustentando a reprodução ampliada da lucratividade de grandes empresas¹⁴.

Assim, se por um lado, “público e privado sempre viveram numa constante interpenetração” (ANDRADE, 2004, p. 7) com fronteiras fluidas e difusas, por outro, a partir dos anos-70, a centralidade do Estado é colocada em questão, inicialmente nos países centrais e extensivamente também no restante do mundo.

A partir de Peter EVANS (1993, p. 107-108) percebemos a mutação dos questionamentos relativos à ação do Estado. Se nos anos-70, as teorias minimalistas do Estado procuravam limitar o âmbito da ação ao estabelecimento e manutenção da propriedade privada, nos anos-80 foi reconhecida a importância do Estado na implementação de programas de ajuste estrutural inspirados em pressupostos neoliberais. Bens e serviços até então geridos pelo Estado são privatizados sob o argumento da redução da crise fiscal.

A partir do momento em que a centralidade do Estado começa a ser “esvaziada” abre-se, conforme observa Jackeline Amantino de ANDRADE (2004, p. 12), “o caminho para uma reordenação de forças que tem como desafio estabilizar a democracia, impulsionar o desenvolvimento, e enfrentar os graves problemas sociais” e surge a pergunta a respeito de “como se constrói uma nova ordem dentro desse contexto de redistribuído poder”.

Aqui cabe assinalar, conforme apontam diversos autores, que, a partir da interação entre si, os diferentes atores na cena política brasileira inscreveram, através de

¹⁴ Francisco de OLIVEIRA (1996, p. 109), referindo-se às políticas thatcheristas e reaganianas, observa que “a crítica da direita e a passagem à ação (...) dirige-se aparentemente ao Estado Moloch, mas seu objetivo é dissolver as arenas específicas de confronto e negociação, para deixar o espaço aberto a um Estado mínimo, livre de todas as peias estabelecidas ao nível de cada arena específica da reprodução social. Trata-se de uma verdadeira regressão, pois o que é tentado é a manutenção do fundo público como pressuposto apenas para o capital: não se trata, côm o discurso da direita pretende difundir, de reduzir o Estado em todas as arenas, mas apenas naquelas onde a institucionalização da alteridade se opõe a uma progressão do tipo ‘mal infinito’ do capital.”

seus(suas) deputados(as) constituintes, as teses da descentralização¹⁵ e participação social nas disposições constitucionais proclamadas em 1988. Rejeitando a centralização e o autoritarismo, ambos encarados como “filhos da ditadura”, a descentralização passou a ser vista como alternativa para tornar a gestão pública, entre outras virtudes, democrática, eficiente, participativa e transparente. Assim, conforme assinala Marta Arretche, nos anos-90, institucionalizado o Estado Federativo, “implementou-se um extensivo programa de descentralização, particularmente na área das políticas sociais”¹⁶, onde às esferas estadual e municipal passam a atribuídos ou devolvidos poderes, competências e responsabilidades, especialmente a gestão de serviços essenciais, que no período imediatamente anterior haviam estado concentradas na esfera federal.

2.1 – Descentralização

Maria Ceci Araújo Misoczky (2002, p. 61), com apoio em Samoff, assinala que

descentralização se refere a poder, a quem dirige em uma sociedade particular. Quem dirige, no entanto, não é unidimensional – diferentes grupos podem prevalecer em diferentes arenas ou em uma mesma arena em momentos diferentes. ‘Para compreender as formas e conseqüências que a descentralização adquire em cada contexto é preciso compreendê-la como uma iniciativa política, como um processo fundamentalmente político e, conseqüentemente, como um espaço para a luta política.’ Uma outra decorrência dessa concepção é que se pode diferenciar entre descentralização administrativa e política. A primeira é estruturada para melhorar a eficiência do projeto político dominante; enquanto a segunda aumenta os espaços para o confronto político, pelo aumento da

¹⁵ Sonia FLEURY (2004, p. 1088) assinala que “desde o final da década de 1970 e durante a de 1980, nos marcos do esgotamento do modelo desenvolvimentista de substituição de importações e com as crescentes tensões ao interior do pacto corporativo de sustentação do poder, foi sendo gerado um consenso em relação à necessidade de inserção das economias regionais na economia globalizada, tendo como requisitos o controle do déficit fiscal e da espiral inflacionária, a redução do tamanho e das funções do Estado em relação à provisão, bem como descentralização, fortalecimento do mercado por meio da liberalização econômica, aumento da produtividade e flexibilização das relações laborais.

¹⁶ ARRETCHÉ, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 23, n. 80, 2002.

participação legitimada em processos de decisão e de disputa de interesses. 'A descentralização pode não apenas ser centralizadora, mas também despolitizadora.'

Em Jose Luis Coraggio (apud MISOCZKY, 200, p. 59) encontramos a distinção de duas concepções antagônicas de descentralização que serão importantes na abordagem da política de atenção à saúde. A concepção conservadora, de orientação neoliberal, "preconiza a passagem da gestão de serviços estatais para usuários locais, tendo um conteúdo de legitimação da descentralização e privatização, eliminando mecanismos de compensação de desigualdades inter e intra-regionais." A essa concepção associamos as descentralizações que devolvem ou atribuem a esferas locais ou regionais funções operacionais enquanto as decisórias, inclusive, os recursos de poder financeiro, permanecem concentradas. A concepção de descentralização democratizante, de orientação progressista, "inclui a dimensão de auto-gestão em escalas que permitam manter uma visão e prática adequadas com relação ao todo, (...) permitiria que os interesses locais fossem reconhecidos e atendidos em um contexto de forças globais, bem como que se reconhecessem as limitações de recursos."

Maria Ceci (2002, p. 62) também destaca a existência de autores que alertam para o fato de que

descentralização e democratização nem sempre se relacionam de modo positivo. Segundo Smith (1985), existe o risco de aumentar a dominação daqueles que, por razões de riqueza ou *status*, já são relativamente poderosos no nível local. Segundo Arretche (197, p. 133), comportamentos arraigados na cultura política de uma determinada sociedade podem ser um fator limitador da concretização de comportamentos e princípios democráticos, ou seja, 'não é suficiente que se reforme apenas a escala ou âmbito da esfera responsável pela decisão a ser tomada'. Silva e Costa (1995, p. 263) também se afastam da visão normativa-legal entendendo que o processo de descentralização não é, em si mesmo, 'um mecanismo positivo ou negativo de reordenamento de relações políticas, econômicas, institucionais e espaciais'.

Importante ter presente que Maria Ceci (2002a, p. 104), referenciada em Inojosa, mostrou que, do ponto de vista da modelagem,

‘A organização tradicional dos níveis de governo no Brasil responde ao paradigma da teoria clássica da administração.’ As estruturas organizacionais ainda se apresentam, em geral, com formato piramidal, composto de vários escalões hierárquicos, e departamentalizadas setorialmente por disciplinas ou áreas de especialização. ‘A essas características soma-se um conjunto de práticas de organização do trabalho, como a centralização decisória, planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução (planos de papel), sigilo e ocultação de informações, formalização excessiva (grande produção de papéis que circulam em rotas horizontais e verticais, para receberem, no mais das vezes, meros encaminhamentos), e distanciamento do cidadão e mesmo do usuário, dificultando o controle social.’ Segundo a autora, embora este modelo não seja privativo do setor público, ele parece particularmente resistente nas organizações governamentais.

Jackeline Amantino de Andrade (2004, p. 13), apoiada em Santos, observa que

Se para a escala local é atribuída a responsabilidade pela efetivação de políticas, também se deve considerar a ação de atores de outras escalas que permeiam o processo de ordenação dessa teia. Além disso, o governo federal não se liberta tão facilmente de seu *ethos* intervencionista, principalmente, quando precisa manter o controle sobre o ajuste fiscal, conforme proposto pelo Consenso de Washington.

Analisando a atuação das agências internacionais de saúde, Maria Ceci Araújo Misoczki (2003, p.75-97), faz uma descrição da entrada do Banco Mundial e da Agência de Desenvolvimento Internacional no campo da saúde. Assim, no final da década de 1980, em meio a crise do Leste europeu, redirecionamento dos fluxos de capital, críticas aos programas de ajuste e ineficiência do modelo de condicionalidade, os representantes do Banco Mundial passam a dar ênfase no diálogo político com governos e organismos internacionais.

Nesse contexto, as agendas para as políticas de saúde parecem corresponder a uma estratégia de consolidação de uma nova área de atuação e, ao mesmo tempo, a uma forma de obter 'maior controle sobre recursos financeiros que são direcionados para os países em desenvolvimento.' (MISOCZKY, 2003, p. 77)

Segundo Diniz apud Andrade (2004, p. 13), “a globalização e a pressão das agências internacionais exercem, sim, forte influência na determinação das agendas dos diferentes países, mas não o fazem de modo mecânico e determinista”. Restam, portanto, opções “na escolha das formas de inserção no sistema internacional e na definição das políticas a serem implementadas.”

A constitucionalização da perspectiva de universalização de direitos sociais – entre eles saúde, educação e previdência social - (BRASIL, 1988) é uma dessas opções. Entretanto, a concretização delas em escala local, através de arranjos organizacionais descentralizados e participativos – as habilitações dos níveis de gestão da saúde são exemplos disso -, passou a ocorrer de forma pactuada de modo a, conforme assinala Sonia Fleury (2004, p. 1089), “conciliar a entrada dos novos interesses com a preservação das elites tradicionais.”

Assim, a formação de políticas públicas exclusivamente por técnicos e decisores da esfera do governo central, as políticas de tipo *top-down*, para permitir a construção de um modelo de democracia deliberativa, teve que ser alterada para incluir também outros atores como co-produtores. Entretanto, essa alteração não autoriza a interpretação de que o Governo Federal tenha perdido a supremacia e que, a partir de então, o conjunto das demandas por direitos sociais tenha sido incorporado ou que a democracia tenha sido plenamente aprofundada. A participação dos novos personagens ensejou, de parte dos representantes do Estado, a adoção de estratégias discursivas para a construção ideológica e política de consensos (MISOCZKY, 2002, p. 169).

Aliás, a narrativa que Maria Ceci Araújo Misoczky (2002) desenvolveu em sua tese de doutoramento, além de registrar e analisar a atuação dos diferentes atores na

construção do campo da atenção à saúde no período compreendido entre a constituinte de 1988 e 2001, evidencia que a análise das políticas públicas deve ser processual e historicizada a partir das posições e dos recursos de poder dos atores que as constroem.

Com o propósito de passar a concentrar a atenção nos objetivos específicos desta monografia, ainda registramos que, segundo Klaus FREY (2000), para não perder a temporalidade das políticas públicas, há que se atentar para três dimensões entrelaçadas, a saber, as dimensões institucional, processual e material.

3 – IMPLANTAÇÃO E EXPANSÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu oficialmente no Brasil como estratégia de inversão do modelo de atenção à saúde no ano de 1994.

Segundo Andrade, Bezerra e Barreto (2005, p.328),

A decisão política de se organizar a rede de assistência à saúde com uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização inaugurado com o advento do Sistema Único de saúde (SUS), foi o norte inspirador da implantação do PSF nos mais diversos municípios brasileiros.

No quarto parágrafo subsequente, na p. 329, os mesmo autores trazem outra informação importante para iniciar a busca do entendimento das motivações e propósitos da revisão de diretrizes e normas propostas na Portaria nº 649/2006, do GMS.

A decisão governamental de implementar essa implantação transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerente à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, o PSF não foi implantado somente para organizar esse sistema público de saúde na medida em que houve um *redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde* e uma consolidação dos princípios organizativos do SUS. (grifo nosso)

Segundo uma perspectiva bastante focalizada, Walisete ROSA & Renata LABATE (2005) informam que

O PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF, sobre o tema 'Saúde da Família', convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais.”

Lembrando que a inclusão de pautas nas agendas políticas envolve todo um ritual, surge a pergunta pela origem desse modelo de atenção e encontramos diversos autores fazendo referências a: a) experiências em diversos países (Grã-Bretanha, Estados Unidos, Canadá, Cuba); b) encontros e conferências internacionais promovidos por organismos como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde; e, c) documentos e manifestações de representantes de organismos internacionais, incluindo o Banco Mundial.

A análise dos documentos e manifestações citados pelos autores permite perceber que as preocupações com a saúde das populações raras vezes não incluem, desde princípio, explícita ou implicitamente interesses de fundo econômico e/ou político.

Assim, no documento datado de 1987 e tornado público em 1989 denominado *Adult Health in Brazil: adjusting to new challenges* apud MISOCKSKY (2002, p. 74-75) são feitas recomendações a respeito da organização dos serviços de saúde que conflitam, por exemplo, com a concepção de saúde como direito e com o financiamento público para serviços universalizados. Em 1993, no Relatório de Desenvolvimento Mundial (apud MISOCKSKY, 2002, p. 99), entre as proposições encontra-se a de “financiar e assegurar provisão de um pacote de serviços clínicos essenciais” e deixar “os restantes serviços clínicos para serem financiados privadamente ou por seguro social.” De outro documento de 1993 (apud MISOCKSKY, 2002, p. 102), reproduzido as prescrições do Relatório e dirigido ao Brasil, destacamos:

As necessidades de oferta de atenção à saúde precisam ser integradas dentro dos estados, e os cuidados terciários assim como as funções de planejamento são mais eficientemente realizados pelos estados, e não pelos municípios.

(...)

O que se quer são ajustes.

Analisando esses documentos, Maria Ceci Araújo Misoczky (2002, p. 102) observa que

As prescrições indicam o foco na pobreza e o modelo de Estado neoliberal, a privatização com descentralização operacional e a devolução parcial para os estados com descentralização administrativa.

A passagem do foco da saúde como direito de cidadania para o foco da pobreza se consubstancia na medida em que não apenas o sentido das prescrições é acolhido, mas a própria linguagem é assumida e empregada em documentos como o de apresentação, em janeiro de 1994, do Programa de Interiorização do Sistema de Saúde (apud MISOCZKY, 2002, p. 103).

Ainda que a Constituição Brasileira assegure que todos os cidadãos têm “direito à saúde”, sabemos da existência de 30 milhões de brasileiros que se encontram excluídos deste direito. (...) O pólo de exclusão mais primário deles é o de regiões e municípios que não dispõem de nenhum tipo de serviço de saúde. (...) São, na maioria das vezes, municípios que não dispõem de renda pública suficiente para pagar aos profissionais (...). (...) Não estamos defendendo apenas a interiorização do profissional médico, mas sim uma *equipe mínima* de saúde, com suporte através de uma *pequena unidade* de saúde com *instalações mínimas* e *equipamentos essenciais*.

O passo seguinte na direção da mudança de foco foi dado, em fevereiro de 1994, com o lançamento do Programa Saúde da Família (apud MISOCZKY, 2002, p. 104) em cuja apresentação consta:

O Programa de Saúde da Família – PSF, tem como propósito colaborar decisivamente na organização do SUS e na municipalização da saúde, implementando os princípios fundamentais da universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Atenderá principalmente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e na maioria sem acesso permanente aos serviços de saúde.

Assim, definindo a saúde da família como “um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária”, o Ministério da Saúde passou a apresentá-la não como mais um programa, mas como “uma estratégia para reorientação do modelo assistencial”¹⁷. Aliás, Eugênio Vilaça Mendes, ao abordar a organização da atenção primária, aponta para as limitações inerentes e/ou decorrentes de interpretações desta como estratégia de reordenamento do setor saúde e como programa e adota-a como primeiro nível de atenção e concebe-a como de estratégia de reordenamento desse nível de atenção (MENDES, 2006, p. 273-274), reconhecendo, entretanto, “que há distintas formas de organizar esse nível primário” (MENDES, 2006, p. 275).

A implementação dessa proposta de mudança no modelo de atenção à saúde, no contexto proposta de reforma do aparelho de Estado (MISOCZKY, 2002, p. 116-119), foi apoiada com os mecanismos criados na NOB-96 e documentos posteriores (Piso de Atenção Básica, formas de habilitação, incentivos financeiros), passando de 171, em 1996, para 5.284 municípios com equipe de saúde da família, num universo de 5.564 municípios, em junho de 2006¹⁸. Essa expansão da cobertura não é homogênea. Enquanto mais de 79 % dos municípios com menos de 5.000 habitantes contem com equipes de PSF, pouco mais de 21% e menos de 16 % dos municípios com entre 100.000

¹⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, Ministério da Saúde. Essa reorientação também referida já no início da proposta de acordo de empréstimo junto ao Banco Mundial para o Projeto de Expansão da Saúde da Família, em fevereiro de 2002.

¹⁸ Fonte: SIAB. Sistema de Informações da Atenção Básica. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acessado em 13.09.06.

e 250.000 e mais de 250.000 habitantes, respectivamente, contam com equipes de saúde da família.

Assim, evidencia-se que a criação do PSF se inscreve contexto da falta de cobertura de serviços de saúde em muitos pequenos municípios e em regiões de pobreza extrema (mapa da fome) e visa melhorar o acesso de pessoas de baixa renda aos serviços básicos de inclusão e proteção social.

Aqui importa lembrar que Pedro Demo (1988, p. 11-33) alerta que a “pobreza não pode ser definida apenas como carência”. Considerando-se a dinâmica social em que ela ocorre torna-se possível entendê-la também como produto de tipos históricos de organização da sociedade e que resultam em repressão do acesso às vantagens sociais. Sem secundarizar a base econômica, Demo coloca a questão do poder como igualmente relevante. Assim, aborda as relações da pobreza com o exercício do poder econômico, político, informacional e científico e assinala que “o contrário da pobreza política é a cidadania organizada” (p.25).

Amartya Sen (2000, p. 35) entende que

existem boas razões para que se veja a pobreza como uma privação de capacidades básicas, e não apenas como baixa renda. A privação de capacidades elementares pode refletir-se em morte prematura, subnutrição significativa (especialmente de crianças), morbidez persistente, analfabetismo muito disseminado e outras deficiências.

Para Sen (2009, p.56), que inscreve o acesso aos serviços de saúde nas disposições facilitadoras que a sociedade estabelece para “contribuir para a capacidade geral de a pessoa viver mais livremente” (2000, p. 55) e melhor,

Essas facilidades são importantes não só para a condução da vida privada (como, por exemplo, levar uma vida saudável, livrando-se de morbidez evitável e da morte prematura), mas

também para uma participação mais efetiva em atividades econômicas e políticas.

Nos Relatórios do Banco Mundial (2005, p. 46, por exemplo), “os esforços para a redução da pobreza, melhoria do acesso das pessoas de baixa renda aos serviços básicos e aumento da participação de grupos excluídos mediante o financiamento de programas de proteção à saúde”¹⁹, entre outros, estão associados à superação dos desafios do desenvolvimento do setor privado, passando pela melhoria do clima de investimento, da produtividade e competitividade.

Conforme analisa Cecília CAVALCANTE (2006),

Nesse contexto de contenção do gasto público e de reestruturação do Estado, a implantação do SUS passa a ser comprometida por uma orientação divergente que então evoca o mercado como o canal natural de satisfação das necessidades sociais. Com a universalidade restringida pela falta de investimentos que compatibilizassem a oferta com o aumento substancial da demanda, a saúde, tal como ocorre com a educação, e em decorrência da perda da qualidade dos serviços prestados, experimenta um processo sutil de privatização levando quem pode a migrar para o mercado.

Nessa metamorfose, o direito de todos à saúde tende a ser reduzido e transformado em programas para melhorar a saúde das famílias mais pobres e em ações integrantes de um pacote de serviços clínicos básicos²⁰, complementáveis por bens públicos e meritórios²¹.

¹⁹ No **Relatório de Progresso da Estratégia de Assistência ao País**, nº 24182-BR, de 20 de maio de 2002, consta: “A assistência do Banco Mundial ao Brasil está vinculada a ações de longo prazo tendentes à redução da pobreza e à obtenção de um crescimento sustentável sob os pontos de vista social e ambiental”.

²⁰ Os serviços básicos de saúde, conforme o documento de 1987, do Banco Mundial, são constituídos por um conjunto de ações preventivas que contribuem para a saúde de toda a população.

²¹ Bens públicos, conforme o documento citado na nota anterior, são aqueles que, mesmo que beneficiem a uma pessoa individualmente, têm impacto sobre o nível de saúde da população. Ex.: A cura de uma doença transmissível. Os bens meritórios são aqueles aos quais todas as pessoas têm direito, mas são colocados à disposição segundo os valores partilhados em cada comunidade.

Conforme evidencia o documento “Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica” (BRASIL, 2003), tal processo demandou a introdução de modificações na política de saúde.

Para fazer frente a esses dois eixos (descentralização político-administrativa e organização da atenção à saúde), a partir de 1995, desenvolveu-se no setor um movimento denominado de “reforma da reforma” do sistema que, *além das determinações legais, buscou modificar o desenho e as operações da política de saúde no sentido de acelerar o processo de descentralização, reestruturar os mecanismos de financiamento das ações de saúde e, principalmente, fortalecer a atenção básica.* (Grifo nosso)

Enfim, a análise e compreensão das políticas sociais no setor saúde, particularmente a implantação, em 1991, do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do PSF, cuja expansão numérica, especialmente a partir de 1998, vem sendo vertiginosa, além dos atores e das condicionantes internas, há de levar na devida consideração também análises, posicionamentos e recomendações contidas nos documentos de organismos internacionais como o Banco Mundial. Afinal, em diversos momentos e documentos são enunciadas ou declaradas expectativas como retomada do crescimento econômico²², maior proteção aos pobres, melhorar os gastos públicos em saúde e reduzi-los aos serviços básicos, descentralizar a atenção à saúde e aumentar o empoderamento dos usuários, reduzir a responsabilidade do Estado no financiamento da saúde, entre outras.

Remetendo para a abordagem da implantação do PSF que, em realidade, conforme a terminologia empregada em documentos oficiais não se resume a programa, mas assume a condição de estratégia (BRASIL, 1994), registramos que, por um lado, ela

²² Em relatório divulgado em 25 de maio de 2006, de experiências de países de renda alta, são tiradas exemplos para os de renda mais baixa e média: “O crescimento econômico é o fator mais importante no caminho rumo à cobertura universal; gestão e capacidade administrativa melhores constituem um elemento crítico para a expansão da cobertura, tal como sucede com um sólido compromisso político; no casos de países de renda baixa e média em transição para a cobertura universal, a despesa pública geral e as contribuições para o seguro de saúde social são as duas fontes de financiamento público. Ambos acumulam receitas públicas em um ou vários fundos comuns. Como as questões críticas são o fundo comum e o pré-pagamento, não é tão importante a escolha final entre um seguro de saúde social ou o sistema nacional de serviços de saúde.”

propiciou a ampliação da cobertura, ainda que básica, mas, por outro, apresenta significativas limitações, conforme pode ser verificado em diversos resumos de teses e dissertações que abordam a temática da saúde da família, disponíveis na página da CAPES²³. A constatação da pesquisa desenvolvida no âmbito dos Estudos de Linha de Bases do Projeto de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF), transcrita resumidamente a seguir, talvez contribua para indicar a importância da reconstituição da trajetória de implantação da Estratégia Programa Saúde da Família (EPSF) e a compreender a revisão das normas e diretrizes definida na Portaria nº 648, do Gabinete do Ministro da Saúde, em 28 de março de 2006.

A pesquisa, desenvolvida dentro dos Estudos de Linha de Base do Proesf, analisou o desempenho do Programa Saúde da Família (PSF) em 41 municípios dos Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Utilizou delineamento transversal, com grupo de comparação externo (atenção básica tradicional). Entrevistou 41 presidentes de Conselhos Municipais de Saúde, 29 secretários municipais de Saúde e 32 coordenadores de Atenção Básica. Foram caracterizados a estrutura e o processo de trabalho em 234 Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo 4.749 trabalhadores de saúde; 4.079 crianças; 3.945 mulheres; 4.060 adultos e 4.006 idosos. O controle de qualidade alcançou 6% dos domicílios amostrados. A cobertura do PSF de 1999 a 2004 cresceu mais no Nordeste do que no Sul. Menos da metade dos trabalhadores ingressaram por concurso público e o trabalho precário foi maior no PSF do que em UBS tradicionais. **Os achados sugerem um desempenho da Atenção Básica à Saúde (ABS) ainda distante das prescrições do SUS.** Menos da metade da demanda potencial utilizou a UBS de sua área de abrangência. A oferta de ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas foram mais adequados no PSF. (Luiz Augusto Facchini; Roberto Xavier Piccini; Elaine Tomasi; Elaine Thumé; Denise Silva Silveira; Fernando Vinholes Siqueira; Maria Aparecida Rodrigues, 2006) (grifo da fonte)

²³ Veja-se, por exemplo as dissertações de mestrado em saúde coletiva de Vânia Sampaio ALVES (2004), Rosângela Aparecida Pimenta FERRARI (2004) e Adriana Prestes do Nascimento PALÚ (2004).

Ainda há que se considerar que atualmente a universalidade do acesso está sendo concretizada, ainda que com os problemas e dificuldades, e os demais princípios, como a integralidade, humanização, regionalização, hierarquização, educação em saúde, ocupam o centro das atenções de pesquisadores e começam a ser divulgados resultados das pesquisas, desenvolvidas no âmbito dos Estudos da Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF).

É nesse contexto que ocorreu a decisão de adotar a saúde da família como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil. Ocupar-se também com o teor da Portaria nº 648, do Gabinete do Ministério da Saúde, de 28 de março de 2006, é tarefa necessária e oportuna. Afinal, através dela é aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde e estabelecida a revisão das diretrizes e normas de organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

4 – IMPLEMENTAÇÃO E REVISÃO DAS NORMAS E DIRETRIZES DO PSF

Inicialmente é necessário lembrar que os conceitos são construções históricas e como tais são suscetíveis a sucessivos deslocamentos como possibilidade sempre presente de serem atualizados. São, portanto, móveis e têm história. Não são fixos. Conforme Eduardo PASSOS & Regina BENEVIDES (2003, p. 86),

A história de um conceito diz respeito ao seu movimento de zigue-zague, atravessando planos e problemas diversos. Em um conceito há sempre pedaços ou componentes oriundos de outros conceitos que respondiam a outros problemas de planos discursivos diversos. O devir de um conceito é a relação de entrecruzamento dos conceitos situados num mesmo plano. Cada conceito reenvia a outros conceitos em seu devir ou em suas conexões presentes.

Assim, ao abordarmos uma forma específica de lidar com a saúde necessário se faz, com a consciência da referida mobilidade, uma aproximação ao significado do conceito. Inúmeras foram e continuarão sendo as possibilidades. Antônio HOUAIS (2001, p. 2525, col. 3) dicionarizou saúde como “estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro de limites normais para a forma particular de vida”, como “estado de boa disposição física e psíquica, bem-estar, força-física, robustez, vigor, energia” além das adjetivações. A Organização Mundial da Saúde, em 1948, definiu saúde como estado de bem-estar físico, mental e social. Ou seja, não apenas numa perspectiva negativa; de ausência de doenças. Ricardo Burg CECCIM (1998) entende que “saúde e doença não são conceitos definitivos, tampouco são conceitos em oposição, mas ambos dizem respeito à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida”. Na última década, o bem-estar espiritual, talvez com certa sinergia com o pós-modernismo, também

passou a ser associado ao conceito de saúde. O cruzamento deste com a satisfação das necessidades, que, conforme assinala Agnes HELLER (1986), não se limitam àquelas passíveis de serem supridas na sociedade capitalista, mas sempre se referem também a valores, desafia para a abertura do “entre outros” e a superação ampliadora do “acesso aos bens e serviços essenciais” mencionados no art. 3º da Lei nº 8.080/1990:

A saúde tem como *fatores determinantes e condicionantes*, **entre outros**, a alimentação, a moradia, o saneamento, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o *acesso aos bens e serviços essenciais*: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (grifo nosso)

Desafia também à revisão e efetivação do disposto no parágrafo 1º do art. 2º, desse diploma legal:

O **dever do Estado** de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (grifo nosso)

No enfrentamento desses desafios há que se ter presente que as aspirações alçadas à condição legal estão distantes das respostas viabilizadas desde a criação do SUS. Estas respostas, enquanto expressões da política de saúde diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações urbanas e rurais nas diferentes regiões do país e seus condicionantes loco-regionais, foram construídas em meio às e moldadas também resistências encontradas no próprio campo da saúde, aos condicionamentos socioeconômicos decorrentes das políticas de crescimento econômico implementadas e à persistência de elementos tradicionais nas práticas políticas.

Goetz OTTMANN (2006, p. 155-175), traz à análise da questão a noção de cidadania mediada para dizer que “num contexto político que não se pauta por regras

efetivamente universalistas o acesso à cidadania é constantemente negociado. De fato, na maior parte da América Latina os direitos de cidadania não estão disponíveis para a população pobre, e têm de ser resgatados mediante ação coletiva” (p. 158). Nesses contextos, “a patronagem política (uso de verbas pelos políticos para concessão de benefícios às suas bases eleitorais)”, além de constituir-se em aspecto central na maioria dos sistemas políticos, “revela-se ainda mais essencial, na medida em que conforma uma importante rede de assistência social” (OTTMANN, 2006, p. 159).

Segundo Sonia Fleury (1994 e 1997), a compreensão do processo de construção do SUS passa pela consideração de diversos fatores condicionantes: a política de estabilização e ajuste fiscal, a ausência de um projeto nacional que tivesse a questão democrática como eixo, as dificuldades político-administrativas para adequar o modelo assistencial aos princípios da reforma sanitária, distorções conceituais (conceito de equidade, por exemplo) e necessidade de desenvolver a base legal e normativa coerente com os propósitos da reforma sanitária.

A diversidade de concepções também é perceptível nas definições em relação ao modelo de atenção à saúde: primária, básica e saúde da família.

Célia Regina Rodrigues GIL (2006) observa que

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais. Nos últimos anos, vimos crescer no cenário brasileiro o Programa Saúde da Família (PSF), que vivificou este debate ao explicitar a superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais. Há experiências municipais que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária, outros o fazem na da

Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição.

A autora também observou que na pesquisa on-line da BVS, ao estabelecer sinônimos para cuidados primários de saúde surgem associações com as concepções ligadas a pacotes básicos de serviços e cesta básica de saúde. Estaria, portanto, operando no, ou próximo ao, referencial minimalista e redutor da saúde difundido por agências internacionais preocupadas com uma racionalização do financiamento.

Registrado o entrecruzamento de conceitos e situando-o no contexto de estagnação e vulnerabilidade externa da economia brasileira, do lançamento do plano real, de crescimento da demanda por atenção à saúde e da criação do Fundo de Estabilização Fiscal para permitir ao Governo a utilização de até 20% dos recursos destinados à saúde e à educação, passamos a abordar a criação, normatização e operacionalização do PSF.

Segundo o Ministério da Saúde (1994, p. 6), o PSF foi definido como

Um modelo de assistência que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária.

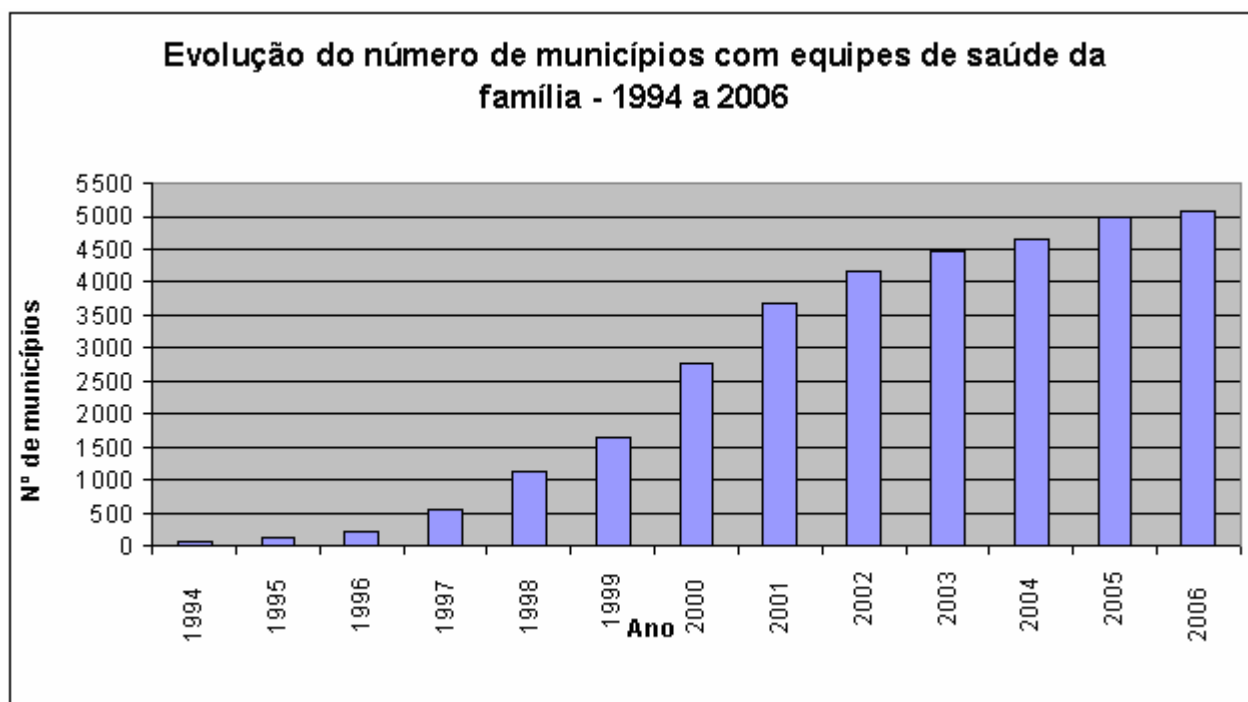
A normatização das atribuições das equipes de PSF e dos agentes comunitários de saúde (ACS), bem como a operacionalização e regulamentação da manutenção da estratégia saúde da família consta em vasta relação de documentos, leis, decretos e portarias ministeriais, das secretarias e departamentos e órgãos envolvidos. Na busca realizada na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS MS), no site do Ministério da Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas>), do Secretaria Nacional de Auditoria (<http://sna.saude.gov.br>), da Fundação Nacional de Saúde (<http://ww.funasa.gov.br>) e do Senado Federal (<http://www.senado.gov.br>) não foi possível

localizar algumas das Portarias citadas e revogadas na Portaria nº 648/GM. O acesso a três só foi possibilitado por fax pela colaboração de servidor do Gabinete, onze com auxílio da Equipe de Atenção ao Usuário da BVS MS e dois foram localizados apenas em formato não virtual. Em realidade, segundo a informação obtida, foram emitidas portarias a partir de diversas secretarias e órgãos. Com a edição da nova portaria, além da revisão das normas e diretrizes, ocorre uma consolidação que facilitará o acompanhamento e controle gerencial da estratégia saúde da família.

Esses documentos referidos podem ser classificados em dois tipos: os de caráter mais doutrinário e as leis, decretos e portarias.

As equipes são multiprofissionais e integradas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Conforme as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), um agente comunitário de saúde (ACS) é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. O ACS deve ser recrutado através de processo seletivo acompanhado pela Secretaria Estadual de Saúde entre moradores da área onde exercerá suas atividades. As atribuições do ACS estão estabelecidas nas normas e diretrizes do PACS (BRASIL, 1997). A cada cobertura populacional prevista para equipe de PSF, observadas as características locais, pode ter entre 600 e 1000 famílias e no máximo 4.500 pessoas. A equipe é responsável pela atenção integral e continuada da saúde dessas pessoas.

A implantação da estratégia PSF, desde os ACS, em 1991, vem sendo estimulada ou induzida pelo incentivo financeiro que o Ministério, através do Fundo Nacional de Saúde, concede aos municípios na parte variável do Piso de Atenção Básica. Trata-se de uma descentralização operacional, uma vez que a definição dos critérios ocorre no nível central.



Fonte: Ministério da Saúde

A expansão numérica da estratégia é vertiginosa, conforme demonstrado no gráfico acima, e, segundo depreendemos da análise dos artigos e dos documentos pesquisados, se, por um lado, representa a preocupação com a universalização do acesso a esse tipo de atenção, por outro, está diretamente ligado ao incentivo financeiro repassado, fundo-a-fundo, aos gestores locais. Afinal, num contexto em que os parâmetros dos gastos públicos estão estabelecidos e a ultrapassagem dos limites sem a devida e competente justificativa coloca os ordenadores de despesa diante da aplicação das disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal, e as demandas pela atenção à saúde são crescentes, a possibilidade de receber do gestor nacional o aporte de recursos tende a não ser desperdiçada. A percepção dos prefeitos relativa ao processo de gestão do SUS levantada e sistematizada pela Secretaria de Gestão Participativa disponível, em versão preliminar, no site do Ministério da Saúde corrobora essa percepção, ainda que, em outro estudo a política de incentivos abordada como uma possível ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade (MARQUES & MENDES, 2002).

A edição de portarias por diferentes instâncias (Gabinete do Ministro, Secretaria de Atenção à Saúde e Fundação Nacional de Saúde, por exemplo), mesmo que com profunda sintonia, visando a implantação progressiva da estratégia PSF suscita a percepção da conveniência da revisão e sistematização das normas e regulamentações com vistas à racionalização da utilização dos recursos e ao alcance dos objetivos projetados.

Ainda em relação à expansão do PSF há que se assinalar, conforme também o fazem MEDINA & AQUINO (2006), que, até o ano de 2000, ela ocorreu fundamentalmente nos municípios de pequeno porte, incluindo, a partir de então, também um número crescente de médios e grandes municípios.

Segundo MEDINA & AQUINO (2006),

É interessante observar que ao levarmos em consideração o porte municipal, os cenários de implantação são distintos, uma vez que em municípios pequenos, altas coberturas podem ser obtidas com a implantação de um pequeno número de equipes, e para muitos deles, esta implantação pode ter significado, concretamente, expansão de serviços básicos. Já para municípios maiores, a implantação do PSF parece exigir, necessariamente, um esforço de reorganização da rede básica (em algum nível, ainda que não se faça no sentido da reorientação do modelo assistencial), uma vez que nos grandes municípios existe uma rede física instalada e um conjunto de profissionais atuando segundo uma determinada lógica de organização dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consolidação do PSF é, a exemplo do próprio sistema, um processo cujas concretizações locais são diversas e apresentam complexidades diferenciadas e, mesmo com a expansão verificada não é certo que viabilize a reversão do modelo assistencial médico-privatista dominante tal qual está expresso tanto nos documentos oficiais quanto na imagem construída por MENDES (2006).

Em que pese essa percepção, o exposto nos leva a entender que o crescimento do PSF traz para o centro dos debates a insuficiência dos arranjos organizacionais implementados na maioria dos municípios e o questionamento das práticas profissionais e de gestão no que se refere especificamente à mudança dos paradigmas que regem o tradicional modelo de atenção à saúde.

Ao desafiar os profissionais de saúde a trabalharem em equipe multiprofissional, a estratégia saúde da família coloca um sério questionamento em relação ao modelo biomédico de saúde do paradigma flexneriano que tem a figura do médico e as tecnologias em saúde como suas bases, além de ser fortemente influenciado pela política da indústria médico-farmacêutica, da qual, não raras vezes, parece ficar prisioneira. CAMPOS (1997) chega a enxergar no modelo assistencial hegemônico uma conspiração de classes dominantes contra os direitos sociais.

Ainda é necessário perceber que a expansão do PSF coloca em evidência a necessidade de continuar a aprofundar e difundir os debates a respeito da territorialidade na medida em que atua com a adscrição da população residente nas suas áreas de abrangência. Recoloca em novos patamares o desafio de construir a universalidade a

integralidade, a intersetorialidade, a hierarquização, a regionalização, a construção do sistema público sem estimular a universalização excludente de segmentos que atualmente estão sendo induzidos a migrar para o mercado em função da qualidade dos serviços “oferecidos” e, não por último, a capacidade de as pessoas serem protagonistas no seu processo de saúde e bem-estar.

A análise da criação e expansão do PSF, em que pese poder ser teoricamente abordada sob óticas e orientações distintas, há de levar em consideração a perspectiva neoliberal de reformar o Estado e de conter gastos públicos com a reprodução social de segmentos perversamente incluídos no sistema de acumulação de capitais. Nesse contexto, sem explicitamente negar a concepção de saúde como direito todos, a organização do acesso a ela no sistema público é, sutil e gradativamente, direcionada para uma atenção básica destinada à população despossuída de recursos para adquirir serviços de saúde no mercado e, simultaneamente, remercantilizada a atenção para os segmentos de maior poder aquisitivo.

Ao chegar neste ponto desse trabalho percebo que com a costura, unindo e amarrando os pontos de apoio com as experiências desses anos de PSF e explicitando agregando, entrecruzando os diferentes olhares e saberes, é possível, apesar da necessária prudência misturada com conhecimento de causa e coragem, construir soluções que levem à efetivação da saúde como um direito público universal caracterizado pela atenção integral, eqüitativa e humanizada.

A construção dessa perspectiva requer que a democratização das informações e a geração de conhecimentos e atitudes que sejam capazes de lidar com as adversidades sem se submeter a elas.

O objetivo de construir o Sistema Único de Saúde segundo os princípios postos pelo movimento da reforma hoje está diante de um campo onde os interesses mercadológicos e estão organizados de modo a ocupar muitos espaços e a condicionar o jogo. Nesse sentido, ainda que não seja necessário ser pessimista da razão, o otimismo

da vontade é fundamental para a criação e fortalecimento de estratégias de afirmação da cidadania plena como meio de qualificar os serviços de saúde como efetivos e potentes instrumentos de uma política social mais eqüânime.

A implementação do SUS, na medida em que proporciona a atenção universal, integral e humanizada à saúde, amplia as possibilidades de as pessoas se tornarem protagonistas dos seus processos de saúde, emancipando-se de situações que atualmente impedem as liberdades substantivas de que fala Amartya Sen (2000) e, assim, mantém distante a efetivação da satisfação não só das necessidades de consumo, mas de realização da condição humana historicamente viável a partir da reorganização das suas vidas cotidianas. Em lugar de preocupar-se com a amenização do sofrimento, ocupar-se com a criação de possibilidades de vida mais saudáveis e sustentáveis.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, Vânia Sampaio. **Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família**. Salvador, UFBA. 2004. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva.
- ANDRADE, Jackeline Amantino de. O espaço público como uma rede de atores: A formação da política de erradicação do trabalho infantil no Brasil. Porto Alegre, UFRGS, 2004. Tese de doutorado.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BEZERRA, Roberto Cláudio Rodrigues; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. In: Revista de Administração Pública, 39(2); 327-349, Mar./Abr. 2005.
- AQUINO, Estela Maria Leão de. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Ago 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2006000100027.
- ARNS, D. Paulo Evaristo. **São Paulo 1975. Crescimento e pobreza**. São Paulo, Loyola, s.d.
- ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 51, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092003000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Out 2006. doi: 10.1590/S0102-69092003000100001.
- ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-

73302002008000003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Out 2006. doi: 10.1590/S0101-73302002008000003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 12. ed., 2 tiragem. São Paulo, Atlas, 1979.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.882**, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.884**, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.885**, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.886**, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 59**, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 157**, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página 104.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.101**, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.476**, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.925**, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 22-E, 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 223**, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.348**, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 19 de novembro de 1999, Seção 1, página 29.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.013**, de 8 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 175-E, de 11 de setembro de 2000, Seção 1, página 33.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 267**, de 6 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 46, de 7 de março de 2001, Seção 1, página 67.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.502**, de 22 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 163, de 23 de agosto de 2002, Seção 1, página 39.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 396**, de 4 de abril de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 104, de 2 de junho de 2003, Seção 1, página 21.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 673**, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 674**, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 675**, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 45.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.081**, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 4 de novembro de 2003, Seção 1, página 46.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 74**, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 23 de janeiro de 2004, Seção 1, página 55.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.432**, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 157, de 16 de agosto de 2004, Seção 1, página 35.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.434**, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 15 de julho de 2004, Seção 1, página 36.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.023**, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.024**, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.025**, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 45.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 619**, de 25 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 78, de 26 de abril de 2005, Seção 1, página 56.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Indicadores básicos em saúde: Subsídios para a gestão do Programa Fome Zero.**

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 82**, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 128, de 8 de julho de 1998, Seção 1, página 62.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão Participativa. **Levantamento sobre a percepção dos prefeitos quanto ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde**. Versão Preliminar. Brasília, DF, 2005. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Ago 2006. doi: 10.1590/S1519-38292003000100013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, MS, 1994.
- CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1997.
- CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Out 2006. doi: 10.1590/S1413-81232004000300025.
- CAPRA, Fritjof. **A teia da vida**. São Paulo, Cultrix, 2001.
- CAVALCANTI, Cecília Paiva Neto. O público e o privado na saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300033&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Set 2006.
- CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. (org.). **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre, Mediação, 1998, p.269-287.

- DEMO, Pedro. **Pobreza política**. São Paulo, Cortez : Autores associados, 1988. Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, v. 27.
- EVANS, Peter. O Estado como problema e como solução. In: **Lua Nova**, nº. 28/29, 1993.
- FACCHINI, Luiz Augusto et al . Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 Set 2006.
- FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 59, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092005000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Out 2006. doi: 10.1590/S0102-69092005000300007.
- FEKETE, Maria Christina. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de (coord). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 1997. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf Download em 10.11.2006.
- FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. **Atenção à saúde dos adolescentes: ações desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família**. Londrina, UEL, 2004. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 1. ed., 8. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: ____ (org.) **Saúde e democracia – a luta do CEBES**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997, p. 25-41.
- FLEURY, Sonia. Brasil: uma agenda de reformas. In: **Revista de Administração Pública**, 38(6):1085-94. Novembro/dezembro 2004.

- FREY, Klaus. Políticas públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. In: **Revista Planejamento e Políticas Públicas**. IPEA, nº 21, 2000.
- GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Ago 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2006000600006.
- GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Ago 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2006000500008.
- HELLER, Agnes. **Teoría de las necesidades en Marx**. 2. ed., Barcelona, Península, 1986.
- LIMA, Luciana Leite. **Gestão da política de saúde no município: A questão da autonomia**. Porto Alegre, UFRGS, 2005. Dissertação de Mestrado em Sociologia.
- MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 18, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Ago 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700016.
- MARTINS, José de Souza. **O poder do atraso. Ensaios de sociologia da história lenta**. São Paulo, Hucitec, 1994.
- MARX, Karl. **A ideologia alemã**. São Paulo, LECH, 1979.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**, 2. ed., 1. reimp, São Paulo, Hucitec, 2006.

- MISOCZKY, Maria Ceci Araújo. Mudanças na administração municipal: Possibilidades de uma formação político-organizacional. In: **Revista de Administração Contemporânea**, v. 6, n. 2, Maio/agosto de 2002a: 99-121.
- MISOCZKY, Maria Ceci Araújo. O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre, Dacasa, 2002.
- MORIN, Edgar & KERN, Brigitte. **Terra-pátria**. Porto alegre, Sulina, 1995.
- OLIVEIRA, Francisco. À sombra do Manifesto Comunista: globalização e reforma do estado na América Latina. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo II. Que Estado para que democracia?**. Petrópolis, Vozes, 1999. p. 68-78.
- OLIVEIRA, Francisco. Globalização e antivalor: uma antiintrodução ao antivalor. In: FREITAS, Marcos Cezar de (org.). **A reinvenção do futuro**. São Paulo, Cortez ; USF-IFAN, 1996.
- OTTMANN, Goetz. Cidadania mediada. Processos de democratização da política municipal no Brasil. In: **Novos Estudos**, 74: 155-175. Março de 2006.
- PALÚ, Adriana Prestes do Nascimento. **A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná**. Londrina, UEL, 2004. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva.
- PASSOS, Eduardo & BENEVIDES, Regina. Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In: FONSECA, Tânia M. G. & KIRST, Patrícia G. (orgs.). **Cartografias e devires. A construção do presente**. Porto Alegre, Ed. UFRGS, 2003, p. 81-89.
- ROMANO, Jorge O. & ANTUNES, Marta. Introdução ao debate sobre empoderamento e direitos no combate à pobreza. In: _____(orgs.). Empoderamento e direitos no combate à pobreza. Rio de Janeiro, ActionAid Brasil, 2002, p. 5-8.
- ROMANO, Jorge O.. Empoderamento: recuperando a questão do poder no camobate à pobreza. In: _____ & ANTUNES, Marta _____(orgs.). Empoderamento e direitos no combate à pobreza. Rio de Janeiro, ActionAid Brasil, 2002, p. 9-20.
- ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.,

Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Ago 2006. doi: 10.1590/S0104-11692005000600016.

ROSA FILHO, Duarte de Souza & MISOCZKY, Maria Ceci. Proposta de referencial de análise de políticas públicas fundamentadas em relações sociais mediadas pela linguagem, relações de poder e razão prática. In: **ENANPAD 2006**. 30º Encontro da ANPAD. Salvador, 23 a 27 de setembro de 2006. CD-ROM.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entram em cena**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para uma pedagogia do conflito. In: SILVA, Luiz H. da; AZEVEDO, José C. de; SANTOS, Edmilson S. dos (orgs.). **Novos mapas culturais: novas perspectivas educacionais**. Porto Alegre, Sulina, 1996. p. 16-33.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 1995.

SANTOS, Milton. Entrevista concedida a José Correa Leite. In: **Teoria e Debate**, v. 12, nº 40, fev./mar./abr., 1999, p. 32-39.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo. Globalização e meio técnico-científico informacional**. São Paulo, Hucitec, 1994.

SEABRA, Odete; CARVALHO, Mônica de; LEITE, José Correa. **Território e sociedade. Entrevista com Milton Santos**. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2000.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. 4. ed. São Paulo, Scwarcz, 2004.

SOETHE, José Renato. Transdisciplinaridade e teoria da complexidade. In: LOBO DE SOUZA, Ielbo M. & FOLLMANN, José Ivo. **Transdisciplinaridade e universidade: uma proposta em construção**. São Leopoldo, Unisinos, 2003, p. 21-29.

SOUZA, Celina. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 51, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092003000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Out 2006. doi: 10.1590/S0102-69092003000100003.

- SOUZA, Herbert José. **Como se faz análise de conjuntura**. Petrópolis, Vozes, 1984.
- VIZENTINI, Paulo Gilberto Fagundes. **A grande crise. A nova (des)ordem internacional dos anos 80 aos 90**. Petrópolis, Vozes, 1992.
- WORLD BANCK. **Adult health in Brazil: adjusting to new challenges**. Washington, World Banck, 1989.
- WORLD BANCK. **Family Health Extension Adaptable Lending Program**. Project Appraisal Document. Report N° 23353 BR. February 14, 2002.
- WORLD BANCK. **Family Health Project**. Washington, World Banck, 2001.
- WORLD BANCK. **Financial Health Services in Developing Countries: an agenda for reform**. Washington, World Banck, 1987.
- WORLD BANCK. **Novo relatório do banco mundial adverte sobre crise global no financiamento da saúde**. Press Release n° 2006/418/HD. Disponibilizado em: <http://www.worldbanck.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0..contentMDK:20934886~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:4607,00.html>
- WORLD BANCK. **Relatório de Progresso da Estratégia de Assistência ao País**. Relatório n° 24182-BR. 20 de maio de 2002.